

Kl. 17.35

Det her er jo ikke et spørgsmål om takstfastsættelse af en konkret institution, men at der er nogle kommuner, der ønsker at udvikle regionens sygehustilbud i den her retning, og det koster 100 kr. ekstra pr. borger pr. osv. Hvorfor må offentligheden ikke få at vide, hvilke argumenter de andre har? Jeg fatter det ikke.

(Kort bemærkning).

Christian Wedell-Neergaard (KF):

Der er jo ikke noget nyt i den her konstruktion. Det er jo også sådan, at de nugældende amter også har et koordinations- og kontaktudvalg med de borgmestre, som sidder i de nuværende kommuner, og der sker også en koordinering. Man tillægger nu kommunerne en del af finansieringen, og dermed er de medbestemmende på grundbidrag og på udviklingsbidrag, og derfor er kontaktudvalget fastlagt i lovgivningen, sådan som det foreligger i forslaget.

(Kort bemærkning).

Morten Østergaard (RV):

Jeg kunne godt tænke mig at citere lidt fra forligsteksten, hvor man får forklaret, hvorfor der skal være kommunal medfinansiering på sundhedsområdet:

»Med et delvist betalingsansvar ... får kommunerne en yderligere tilskyndelse til at yde effektiv forebyggelses-, trænings- og plejeindsats ... De kommuner, der via en effektiv forebyggelses- og plejeindsats nedsætter behovet for sygehusbehandling, belønnes ved, at de skal betale mindre til borgernes sygehusindlæggelser.«

Jeg forstår godt, at der er en vis konservativ stolthed over det her, for man har jo netop fremført argumentet om, at amterne skulle nedlægges osv. Jeg forstår også godt ordførerens bekymring for, hvilket bureaukрати der kan komme ud af det her.

Det, jeg så bare gerne vil have ordføreren til at forholde sig til, er: Tror ordføreren virkelig, at der kommer en reel effekt, når det er så marginalet, hvad man kan opnå ved det her, i hvert fald på baggrund af den viden, vi har i dag? For en kommune med f.eks. 20.000 indbyggere er det måske 600.000 kr. om året. Det kan måske lige holde en enkelt forebyggelsesmedarbejder til 20.000 indbyggere gående. Tror ordføreren det får en effekt?

(Kort bemærkning).

Christian Wedell-Neergaard (KF):

Ja, det tror jeg bestemt det gør, og det er ud fra den betragtning, at den måde, kommunerne kan undgå indlæggelser på, er jo ved at have et godt forebyggelsesprogram kørende. Hvis kommunerne betaler et bidrag, hver gang der er en indlæggelse, er der i den her model et stort incitament til at skabe et ordentligt forebyggelsesprogram, at genoptræne patienterne, når de kommer hjem, og i det hele taget følge op på befolkningens sundhedstilstand.

(Kort bemærkning).

Morten Østergaard (RV):

Sådan en gennemsnitskommune har ca. 200 indlæggelser pr. år pr. 1.000 indbyggere, og nu omfatter det her jo alt. Det kan være fødsler, akut blindtarmsbetændelse, andre ting, som måske nok kan være en lille smule svære og måske endda decideret uhensigtsmæssige at give sig til at forebygge, f.eks. fødsler.

Det, der så bliver tilbage, og det er jo det, jeg gerne vil frem til, er et meget lille område, hvor man kan gøre noget ved det med en forebyggelsesindsats. Det, jeg bare prøver at problematisere, er det her økonomiske incitament, som nu skal medføre det bureaukрати, som ordføreren selv var inde på. Den effekt, man kan få ud af det i en kommune med 20.000 indbyggere, er ca. 30 kr. pr. borger. Hvor meget forebyggelse får vi for de penge? Var det ikke bedre at prioritere det på en anden måde?

(Kort bemærkning).

Christian Wedell-Neergaard (KF):

Jeg tror, at hr. Morten Østergaard overser et eller andet i sit spørgsmål, bl.a. behandlingen af fedme, behandlingen af sukkersyge. Det er jo patientgrupper, som har en betydelig glæde af en forebyggelsesindsats. Det gælder også for rygere. Den forebyggelsesindsats vil jo blive understøttet af den her finansieringsmodel, og kommunernes incitament til at holde patienterne hjemme vil jo være stor, så derfor tror jeg, man kan sige, at der i modellen ligger en tilskyndelse til kommunerne til at øge forebyggelsesindsatsen og til i det hele taget at gøre noget for sundhedstilstanden hos befolkningen.